

Location:
OMA PAP NF

Midwest Allergy and Asthma Clinic, P.C.
16945 Frances St., Omaha, Nebraska 68130-2312 Teléfono: 402-397-7400

Historial Médico para Paciente Nuevo

(New Patient)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de la Visita: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Farmacia: _____ Lo refirió el doctor: _____
Doctor de cabecera (PCP): _____ Menor acompañado por (marque): padre, madre, otro
Razón de su Visita: (brevemente describa) _____ ¿Podemos proveer a su PCP un resumen de su visita? Si No

En los últimos 12 meses, ¿usted ha estado hospitalizado más de una vez debido al asma? (S / N)

En los últimos 12 meses ¿usted ha experimentado los siguientes síntomas o problemas?

General/Constitución:

Escalofríos	Si	No
Fatiga	Si	No
Fiebre	Si	No
Trastorno de sueño	Si	No
Subir de peso	Si	No
Bajar de peso	Si	No

Ojos:

Ojos rojos	Si	No
Comezón	Si	No
Lagrimo	Si	No
Supuración	Si	No
Dolor	Si	No

Oídos, Nariz y Garganta:

Congestión nasal	Si	No
Comezón nasal	Si	No
Nariz que corre	Si	No
Estornudos	Si	No
Disminución al oír	Si	No
Disminución de olfato	Si	No
Dolor de oído	Si	No
Dolor de sinusitis	Si	No
Peor por temporadas	Si	No

Peor en (marque): primavera, verano, otoño, invierno

Cardiovascular:

Falta de aliento en la noche	Si	No
Dolor de pecho	Si	No
Desmayo (síncope)	Si	No
Palpitaciones	Si	No
Hinchazón de pierna o brazo	Si	No

Respiratorio:

Ronquido	Si	No
Asma	Si	No

Si sí, ¿a qué edad lo diagnosticaron? _____

Tos	Si	No
-----	----	----

¿Qué la empeora? _____

Toser sangre (hemoptisis)	Si	No
Falta de aliento (disnea)	Si	No
Producción de esputo	Si	No
Silbido al respirar	Si	No

Gastrointestinal:

Dolor abdominal	Si	No
Diarrea	Si	No
Dificultad en tragar	Si	No
Acidez estomacal	Si	No
Náusea	Si	No
Vómito	Si	No

Músculo Esquelético:

Artritis	Si	No
Dolores de músculo	Si	No
Coyunturas hinchadas	Si	No
Debilidad	Si	No

Piel:

Hinchazón	Si	No
Resequedad	Si	No
Eccema	Si	No
Urticaria	Si	No

Frecuencia _____
Ubicación _____
Con moretones Si No
Provocado por _____
Comezón Si No
Salpullido/erupción Si No

Neurológico:

Entumecimiento	Si	No
Mareo	Si	No
Dolor de cabeza	Si	No

Psiquiátrico:

TDAH (ADHD)	Si	No
Ansiedad	Si	No
Ánimo deprimido	Si	No

Condición psiquiátrica: _____

Endocrino:

Diabetes	Si	No
Problema de la tiroides	Si	No

Hematológico:

Moretones	Si	No
Sangramiento	Si	No
Historia de Cáncer	Si	No

Alergia/Inmunología:

Infecciones frecuentes	Si	No
Alergias a comida	Si	No

Si sí, favor de nombrar _____

Actualmente Tomando los siguientes Medicamentos:

Nombre del Medicamento	Dosis	Veces/día	Condición médica siendo tratada
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Médica:

Sus inmunizaciones están al corriente? Si No Sus inmunizaciones contra la gripe están al corriente Si No
Ha tenido pruebas de alergias antes? Si No Le han dado inyecciones contra las alergias antes? Si No
Nombre cualquier condición médica crónica que usted sepa que tiene, o que esté bajo tratamiento: _____

Alergias / Intolerancias: (Tengo alergias a lo siguiente...)

Medicamentos	Comidas	Insectos que Pican
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia de Cirugías:

Año	Tipo de Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hospitalizaciones:

Año	Razón
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia de Familia: (Bajo cada condición favor de escribir: padre, madre, hermano, hijo, abuelo o familia extendida)

Rinitis alérgica	Asma	Eccema	Angioedema	Alergia a comida	Desorden inmune	Cáncer
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Historia Social:

¿Usted fuma? (S / N) ¿Alguna vez ha fumado? (S / N) Estado Civil: _____
¿Alguna persona fuma en su casa? Si No Ocupación: _____
Qué tipo de mascotas tiene? _____

¿Hay alguna información adicional que usted crea que el doctor debe saber acerca de su situación?

